

610.5
5238

DEC 13 1957

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS

MEDICAL
LIBRARY

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XIX

SETEMBRO DE 1957

N.º 3

Sumário:

	Pág.
<i>Nefrectomia parcial; urolitíase gigante</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO	35
<i>"Res est sacra miser"</i> — Prof. FLAMÍNIO FAVERO	43
<i>Literatura Médica</i> — Livros e revistas recebidas	45
<i>Assuntos de atualidade</i> — Diagnóstico precoce dos tumores malignos	47
<i>Sanatório São Lucas</i> — Movimento cirúrgico ...	48



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1957/1958



Presidente :

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Vice-Presidente :

DR. PAULO R. C. REBOCHO

Primeiro Secretário :

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário :

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITNER

Primeiro Tesoureiro :

DR. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro :

DR. JOHN KOLB

Bibliotecario :

DR. NELSON CAMPANILE

Conselho Consultivo :

DR. PAULO G. BRESSAN

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. ROBERTO DELUCA

DR. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX

SETEMBRO DE 1957

N.º 3

Nefrectomia parcial; urolitíase gigante (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Nossos companheiros todos sabem que, embora não sejamos urologista, temos tido com certa freqüência, a oportunidade de trabalhar em cirurgia urinária. E isso por circunstâncias especiais: primeiro, como médico de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões, que antigamente não dispunha de um urologista, éramos obrigado a atender todos os casos de cirurgia, mesmo os urológicos, que nos procuravam naquela Caixa; depois, forçado por doentes já por nós operados, doentes que ficam confiantes no "seu médico" muita vez nos vimos na contingência de intervir no campo da urologia.

Assim, temos praticado operações sobre a árvore urinária. Entre essas operações sem dúvida que algumas nos pareceram dignas de registro e comentários. Tivemos, por exemplo, um caso que foi publicado e é bastante raro: uma fistula lomboentérica e lombo-brônquica decorrente de uma pionefrose crônica rota.

O fato de termos publicado casos urológicos como esse e o de termos trabalhado, com grande divulgação, no campo da varicocele, propondo-lhe um novo tratamento cirúrgico — a tunelização — fizeram com que ainda recentemente, em setembro de 1956, quando estávamos num congresso de cirurgia do Colégio Internacional de Cirurgiões, em Chicago, fôssemos procurado pelo prof. Leopold Brodny, que é um destacado urologista de Boston, a fim de nos ofertar um livro escrito em colaboração com o prof. J. Bitschai a respeito da "História da Urologia no Egito".

(*) Casos discutidos em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 7-2-1957.

Já que temos de vez em quando trabalhado no campo da Urologia, podemos apresentar hoje dois casos recentes de vias urinárias, registrados aqui em nosso Serviço no Sanatório São Lucas e que merecem ser discutidos pelos colegas ou pelo menos assinalados nos anais da nossa casa.

CASO I

Um dêles refere-se a uma senhorita que se apresentou no Serviço aos 18 anos, com dores lombares à direita, mostrando a radiografia uma nefroptose daquele lado, como é o que comumente ocorre nas ptoses renais. As dores que ela apresentava foram levadas



FIG. 1 — Caso I, chapa mostrando nefroptose direita.

em conta dessa ptose e foi realizada por nós no dia 14 de abril de 1955 uma nefropexia à direita pela técnica de Gutierrez, que, como todos sabem, é uma técnica que usa a via laparotômica. Foi feita uma incisão pararretal direita, encontramos a vesícula livre e sem cálculos, o duodeno sem sinais de lesão, ligeiras aderências do

epiploon ao nível da cicatriz da apendicectomia anteriormente feita, já em consequência dessas mesmas dores que ainda apresentava; útero e anexos em condições normais; incisão do peritônio ao nível do ângulo hepático; exposição da loja renal direita, identificando-se o ureter; exposição dos músculos lombares, psoas-iliaco, quadrado dos lombos; pontos de sêda fixando o folheto peritoneal aos músculos lombares, fechando para baixo a loja renal; ponto de fixação do colo à faixa renal; fechamento da parede por planos; agraíes na

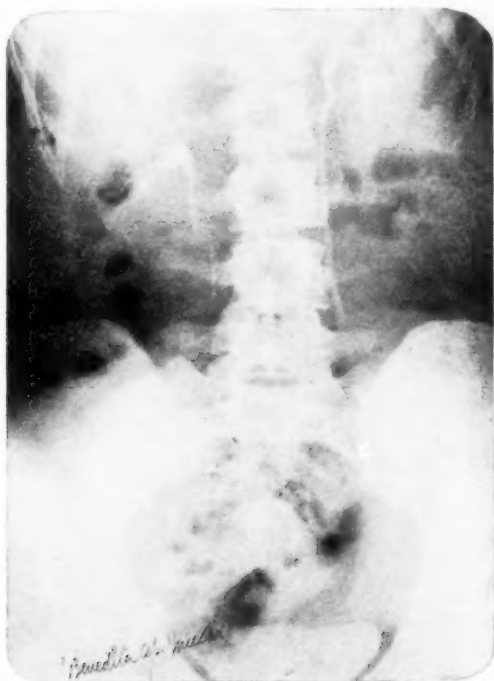


FIG. 2 — Caso I, chapa mostrando ectasia de cálice superior do rim direito.

pele; evolução posoperatória normal. Mas as dores continuaram e por isso posteriormente foi feita uma série de radiografias do rim, verificando-se, em novembro de 1955, portanto 7 meses depois, que o rim se achava em muito boa posição, que a fixação fôra perfeita mas que havia uma ectasia do cálice superior do lado direito, permanecendo normais os cálices médio e inferior. Resolvemos então fazer uma nefrectomia parcial, que foi executada com a assistência do dr. Nelson Rodrigues Neto. Abertura e fechamento do peritônio;

exteriorização fácil do rim direito, que foi isolado, desfazendo-se as aderências existentes; incisão circular ao nível do polo superior. Ligeiro descolamento da cápsula do rim ao nível da incisão depois de ter sido feita passagem de uma sonda Nelaton pelo hilo renal, a fim de coibir possível hemorragia. Incisão caindo-se sobre o cálice superior. Foi ressecado mais um fragmento de rim; sutura interna, tomando as paredes do cálice; pontos de aproximação do parênquima; sutura da cápsula renal, transfixão da parte superior do



FIG. 3 — Caso I. chapa mostrando o urograma após a nefrectomia parcial.

rim com catgut cromado n.º 2, a fim de fixá-lo ao ângulo superior da incisão. Fechamento da loja renal. Sutura da incisão por planos; sêda na pele.

Faz, portanto, pouco mais de um ano que essa doente foi operada pela segunda vez no seu rim. De lá para cá ela tem passado clinicamente bem, provando que os distúrbios dolorosos que ela apresentava eram em consequência dessa ectasia do cálice superior do rim direito. Uma série de radiografias feita recentemente, no dia 31 de janeiro, mostra este aspecto bonito do urograma, denotando

que não existe mais ectasia nenhuma e que o funcionamento do rim operado é perfeitamente normal.

Esse caso de nefrectomia parcial é digno de registro não só pela orientação seguida como também pelos resultados obtidos.

C A S O II

Outro caso que nos pareceu interessante discutir em nossa reunião de hoje, é o caso de uma velha litíase gigante do rim direito, por nós operado a 2 dias. O enfermo, que acorrera ao nosso Serviço em 1940, aos 33 anos de idade, também já apendicectomizado em virtude das dores que apresentava desse lado, era ainda portador de uma úlcera duodenal, conforme radiografias então feitas. Tinha lesão renal já bastante intensa: uma uronefrose à esquerda e uma imagem calcúlosa de dimensões bastante grandes do lado oposto a essa uronefrose.



FIG. 4 — Caso II. chapa mostrando, em 1940, um cálculo no ureter superior do lado esquerdo: vê-se parcialmente a grande imagem do cálculo do rim direito.

Essa dilatação do ureter, dos cálices e bacinete do lado esquerdo que se verificam nas radiografias tiradas em outubro de 1940 era conseqüente à existência de um cálculo ureteral. Estávamos diante de um enfermo que necessitava de três intervenções. Corrigimos a dilatação e sofrimento renal do lado esquerdo fazendo uma ureterotomia para retirada de um cálculo. Incisão de Bazy. Hemostasia, ligando vasos da parede. Mediante valvas, reclinamos o peritônio

para dentro. Desgarro com os dedos da camada célula-adiposa perirrenal. Exploração e reconhecimento do ureter que se apresentava dilatado acima do cálculo; este era do tamanho d'uma azeitona, achando-se encravado na 1.^a porção do ureter. Alastamento para cima do polo inferior do rim; descolamento difícil do ureter; após sua libertação do peritônio posterior, passou-se Deschamps à montante e à juzante do cálculo, levantando-se de seu leito profundo. Incisão longitudinal do ureter diretamente sobre o cálculo assim imobilizado.



FIG. 5 — Caso II, chapa mostrando uronefroze à esquerda, consequente a litíase ureteral (exame feito em outubro de 1940).

Procedeu-se à retirada de pequenas massas fungosas da luz do órgão. Ureterorrafia em planos; sutura do tecido subperitoneal. Fechamento da parede por planos, com drenagem da loja renal.

Como vamos verificar nas radiografias feitas recentemente, houve uma completa recuperação nesse rim, enquanto que o cálculo do lado direito aumentou um pouco no seu tamanho e apresenta agora uma carapaça bem nítida de revestimento, mostrando que também teve a sua evolução.

Logo após essa operação sobre o ureter esquerdo, a predominância dos sintomas gástricos sobre os da litíase da direita fez com que resolvêsemos intervir novamente, agora sobre o estômago; o paciente foi operado no dia 16 de outubro de 1940, sob anestesia tronco-regional, auxiliando-nos o dr. Saldanha Faria; fez-se incisão paramediana direita; abertura da parede por planos; aberto o peritônio, verificou-se a presença de úlcera no duodeno, na sua face anterior; vesícula normal; anestesia do meso; ligadura dos vasos



FIG. 6 — Caso II. chapa mostrando o rim esquerdo com boa função, apesar de uronefrose residual, e o rim direito com enorme cálculo coraliforme (exame feito em 1957).

da grande e pequena curvatura; esmagamento do duodeno; ligadura do duodeno com pontos de transfixão; pesquisa da alça jejunal através de brecha mesocólica; fixação do lábio esquerdo da brecha à face posterior do estômago; sutura gastro-intestinal em 3 planos, pontos de fixação do lábio direito da brecha à face anterior do estômago; fechamento da parede por planos; agraes na pele (10); a operação durou 1h 19' e foi ressecado um pedaço do estômago

medindo 14x32 cm.; havia duas úlceras na face anterior do duodeno, ligadas por um sulco.

Passaram-se os anos e o doente nos volta com queixa do aparelho urinário. Diante das radiografias agora obtidas e diante da persistência do sofrimento que o paciente apresentava no flanco direito, resolvemos fazer uma nefrectomia direita, uma vez que o rim esquerdo estava funcionando perfeitamente bem, com provas funcionais dentro dos limites normais. O doente foi operado a dois dias, sofrendo uma nefrectomia, que não apresentou grandes dificuldades técnicas, apesar de ser um rim bastante aumentado, conglobando um grande cálculo. O cálculo coraliforme retirado dá-nos a impressão de um animal antediluviano, no seu aspecto geral, ou talvez lembra um rinoceronte. Trata-se de um cálculo volumoso que talvez seja o maior que temos registrado em nosso Serviço. Estamos certo, porém, de que na literatura médica vamos encontrar notícia ou fotografia de cálculos de maiores dimensões. A intervenção foi realizada nestas condições: com o rim quase que excluído porquanto a pielografia feita agora não demonstra funcionamento desse rim nem o aparecimento do ureter, mas ele tinha um pouco de secreção que foi colhida para exame. Não sabemos ainda se era de natureza urinosa; possivelmente sim. Era um líquido turvo e mandamo-lo para análise. Tratando-se assim de um rim praticamente excluído, a evolução do caso nestes dois dias tem sido a mais serena, a mais calma possível, sem o aparecimento dos tão temidos e perigosos dramas posoperatórios.

Eram esses dois casos que queríamos hoje apresentar à discussão por serem de recente observação aqui em nosso Serviço.

“Res est sacra miser” (*)

PROF. FLAMÍNIO FÁVERO

(*Catedrático jubilado da Universidade de São Paulo*)

O título acima é um epigrama de Sêneca. Lembra, com profunda sabedoria, ser coisa sagrada a vítima do infortúnio. Como quer que se apresente, deve merecer o nosso respeito, leal e sincero. Até os inimigos, se não os pudermos amar, segundo o preceito de Jesus, ao menos é indispensável cercá-los de consideração e apreço quando a desgraça os atinge. Está errada a fórmula proclamada em provérbio popular: “aos amigos pão; aos inimigos pau”. Mesmo na guerra de extermínio entre as nações civilizadas, os feridos são poupados e socorridos, direta ou indiretamente.

No terreno do exercício da medicina, então, não só se arvora em preceito de ética essa atitude de solícita atenção, mas ainda se apresenta ela como questão de honra pessoal para nós, os profissionais dessa arte, diante do doente da clínica civil ou hospitalar, gratuita ou não, que invoca os préstimos de nossa ciência.

Essas palavras que aí ficam, introdutórias da minha crônica de hoje, poderiam constituir a resposta a ser enviada a distinto colega e prezado ex-aluno meu na Faculdade de Medicina, que me enviou impressionante carta.

Nas salas de operações dos hospitais modernos é comum existirem janelas protegidas por vidros transparentes, servindo de comunicação visual com salas de espera e até corredores. Nestes locais se postam pessoas que, acompanhantes dos operandos, desejam assistir os atos cirúrgicos, sem necessidade de terem ingresso no recinto onde se realizam, por todos os motivos prejudicial, embora de hábito antigamente.

Essa praxe não implica em inconveniente de ética, desde que os observadores tenham real interesse de acompanhar as operações, porque ligados aos pacientes por laços de grande amizade ou de parentesco, ou, ainda, porque, estudantes de medicina, adquirem desse modo ou apuram a educação técnica de que carecem para atuar mais tarde, por sua vez, como profissionais da cirurgia. Nos hospitais de ensino, a presença desses estudantes é de todas as horas, sendo natural e mesmo louvável, para eles e para os próprios operadores, que, destarte, vêem ensejos esplêndidos de demonstrarem suas habilidades e de transmitirem o que sabem a futuros colegas.

(*) Transcrito da “Fôlha da Manhã” de São Paulo — 17-7-1949.

Mas, agora vai a restrição. As finalidades devem ser apenas essas registradas. É preciso que ocorram tão alevantados propósitos, de benefício cultural ou de solidariedade afetiva. Neste último caso, vale até como forma delicada de mostrar simpatia de sentimentos que só conforto pode levar a quem se sente alvo dela.

Não se permitirá nunca, entretanto, nessas vidraças, a presença de pessoas que lá acorrem movidas apenas por espírito de curiosidade comum, como a que desperta uma fita de sensação no cinema. Infelizmente, não é raro suceder isso. O ilustre colega que me escreveu a propósito informa que, "muitas vezes, devido à localização da janela, além dos acompanhantes, reúnem-se curiosos, escolares e até menores são levantados para assistirem a operação". "Aos domingos e feriados — continua ele — a frequência é enorme!" "Sei também de escolares que faltam às aulas a fim de não perderem o espetáculo!" E prosseguindo insiste: "Já tive a ocasião de ficar, por mais de uma vez, anônimamente, junto a esses curiosos e me senti revoltado em ouvir tantos comentários por vezes disparatados, outros jocosos e outros ainda maliciosos sobre atos que deveriam ser cercados do mais absoluto respeito e recato".

Só elogios merece o ilustre missivista nos reparos judiciosos. É falta imperdoável de ética e de caridade essa consistente em tolerarem os médicos responsáveis pelos hospitais tais práticas absurdas.

Considere-se, em abono disso, inicialmente, a quebra do segredo profissional assim realizada. Não importa que a intervenção cirúrgica se proceda em parte do corpo cuja exibição não cause vexame. A simples exposição a estranhos, de campo operatório, pode revelar, ou apenas sugerir, particularidades íntimas, personalíssimas, que o interessado gostaria de limitar a um mínimo bem restrito de observadores. E lhe assiste esse direito, pois, ao entregar-se ao médico de sua confiança, para livrá-lo do mal de que padece, forçado por circunstâncias desagradáveis de sua vida, o faz na certeza de que não vai servir de espetáculo e nem satisfazer a curiosidades malsãs. Cresce de gravidade a censura, no tocante à infração da regra do sigilo, quando ocorre a possibilidade de ser identificado o doente e, pior, conhecido o diagnóstico do mal e a natureza da intervenção indicada para combatê-lo.

Depois, atenda-se para a responsabilidade que assumem os profissionais se o doente vier a ter, durante a intervenção, intercorrência grave, talvez uma hemorragia ou uma síncope, a demandarem ação terapêutica de urgência e até dramática. O amável colega cuja carta me sugeriu estes comentários, relata que, de uma feita "o marido de uma paciente cuja operação decorria com certa anormalidade (exposição dos intestinos devido a vômitos), desandou a dar pontapés na porta até que foi necessário retirá-lo da sala de espera, para finalizar-se o ato". E considerem-se as cenas desagradáveis e perigosas se o êxito lôr a morte na própria mesa operatória.

Não, a assistência por estranhos a intervenções cirúrgicas deve ser limitada ao mínimo possível e só quando bem justificada.

LITERATURA MÉDICA

Livros e revistas recebidos

Radiodiagnóstico em Ginecologia — O dr. Roberto François defendeu tese na Faculdade de Medicina de Montevideo, sobre "Radiodiagnóstico em Ginecologia", com a qual conquistou o título de doutor em Medicina.

O autor discorre exaustivamente os assuntos, detendo-se sobre as generalidades de cada um e os elementos colhidos em seus exercícios pessoais, de modo a contribuir para o exato diagnóstico ginecológico.

De início, traça um paralelo entre a pelvipneumografia e a histerosalpingografia, ressaltando que não são métodos antagônicos, nem tão pouco um suplanta o outro, muito ao contrário, completam-se de uma maneira extraordinária, de modo a evidenciar todos aquela afecções que, atingindo os órgãos genitais da mulher, ressaltam suas características diagnósticas.

No capítulo seguinte relata os dados obtidos pelo exame radiológico simples do aparelho genital feminino, em que são evidenciados processos "que se visualizam espontaneamente".

Tratando do estudo radiológico contrastado das vísceras pelvianas extra-genitais, mostra as suas possibilidades quando se faz o exame do reto, sigmóide, alças delgadas, especialmente ileo; ceco, bexiga e ureter, de modo a evidenciar lesões nos órgãos

genitais internos femininos. Entretanto, não é este o melhor meio que nos proporciona o excelente complemento do exame radiológico, mas é a histerosalpingografia o exame soberano para demonstrar as afecções dos órgãos genitais.

O autor passa em revista o histórico, a técnica e instrumental, substância de contraste, técnica de exame em que salienta a necessidade de radiografias em oblíquas e cuidados a tomar após o exame.

Os incidentes e acidentes são lembrados mais com o intuito de saber evitá-los, pois que com técnica adequada, os numerosos casos relatados em outros trabalhos não surgiram em mãos do autor, dadas as cautelas necessárias.

No quadro das indicações da histerosalpingografia resalta as das malformações congênitas, em que é útil a combinação com pneumoperitônio pelviano; as metrorragias de diversas etiologias, a esterilidade, as tumorações pelvianas, as dismenoréias, as fistulas, etc.

A pelvipneumografia ou seja o pneumoperitônio de médio volume, que acumula o gás mediante manobras especiais no polo inferior do abdomen, permite a visualização da pelve por contraste gasoso. A indi-

cação mais constante e preciosa é a do estudo do aparelho genital feminino. Para tanto descreve a técnica transparietal de injeção de gás, com os cuidados de preparo da paciente, instrumental, local de punção e gás injetado, variando a escolha entre o ar e o CO₂.

Descreve também a técnica da radiografia, salientando as de Dyroff e Martin, salientando que é possível realizar no mesmo momento a histerosalpingografia ou seja a ginecografia de Stein.

No capítulo seguinte passa em revista as contraindicações que, no seu entender, compreendem apenas as pacientes febris, aquelas com afecções peritoneais sépticas, as portadoras de taras gerais ou viscerais que diminuam consideravelmente a resistência física.

Nas tomadas de radiografias descreve o aspecto normal do aparelho genital feminino, nas histerosalpingografias, pelvipneumografias e combinadas nas várias incidências.

Na segunda parte de sua tese o Dr. R. Francois mostra um apanhado das imagens patológicas em radiologia ginecológica e iniciando-as com as imagens de malformações congênitas e suas variedades, as distopias genitais, a miomatose uterina do corpo e do colo, patologia da trompa ressaltando a sua permeabilidade ou obstrução, espasmos, estenose, alterações de calibre e topografia, tumores do ovário e câncer do útero.

As suas conclusões, após um apanhado geral do assunto e pesquisas próprias em numerosos casos, terminam por evidenciar a exuberância de dados que facilitam a conclusão e mesmo o diagnóstico de numerosas ginecopatias, trabalho esse com que mereceu os mais altos encomios da

comissão julgadora. É obra que deve figurar na estante dos ginecologistas.

Notice sur L'Institut Pasteur D'Algérie — Tomos I e II. — É uma exposição da organização geral e do funcionamento do Instituto Pasteur da Argélia. Contém também a comunicação dos trabalhos de pesquisa científica, estudos experimentais pelos métodos pastorianos e aplicações práticas. Acompanha um tomo anexo dividido em duas partes: o anexo I é constituído pelo repertório bibliográfico dos trabalhos publicados e que são analisados no Tomo I; o anexo II contém lista das espécies animais, vegetais ou bacterianas descritas pela primeira vez ou assinaladas como novas para a África do Norte pelos membros do Instituto. O tomo I e seus dois anexos dizem respeito ao período 1900-1934; o tomo II ao período 1935-1949.

Acta Gastro-Enterológica da Bélgica. — Vol. XX, abril 1957 — Número especial. — Ata da sessão extraordinária realizada em 1 e 2 de junho de 1957, em Liege. Questão posta na ordem do dia: Patologia comum aos aparelhos urinário e digestivo. O volume é dividido em duas partes. Na primeira são estudadas as funções renais em dependência do aparelho digestivo. Nesta parte as comunicações foram feitas sob a direção do Prof. Paulo Lambert.

A segunda parte tem como epígrafe: Vias de excreção urinárias e aparelho digestivo. As comunicações foram feitas debaixo da direção do Dr. J. Mombaerts. A questão é analisada sob todos os pontos de vista da morfologia, fisiologia, anatomia, propedêutica e terapêutica. Todas as comunicações são acompanhadas de copiosa bibliografia.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Diagnóstico precoce dos tumores malignos

O Serviço de Notícias da Oficina de Imprensa da Embaixada da U. R. S. S., publica, sobre tal assunto, resumo dos trabalhos realizados por Y. Obelnitsk sobre um novo método para o diagnóstico precoce dos tumores malignos no organismo, tendo construído um aparelho especial eletrônico para a determinação das propriedades físico-químicas do sangue mediante o método da coagulação térmica. Tal método e aparelho podem ser empregados para os exames em massa da população.

Ao elaborar tal método partiu o Autor do fato de que a enfermidade cancerosa é processo de evolução lenta e progressiva. Por esse motivo as modificações das frações proteínicas do sangue devem ter também suas fases de desenvolvimento. — Toma-se o sangue do doente e num tubo de ensaio submete-se-o a aquecimento durante algum tempo.

Os resultados da reação de coagulação térmica são registrados por um foto-eletro-colorímetro, em cuja escala se determinam num diapasão determinado de oscilações. Obelnitski conseguiu verificar que o plasma sanguíneo normal tem um diapasão de oscilações que varia entre 6 a 12 unidades, o plasma canceroso varia de 15 a 20 ou 25 unidades. As oscilações de 15 a 20 ou 25 unidades se encontram no limite entre o curso benéfico e maligno do processo. As diferenças dessas medidas antes e depois do aquecimento representam os índices que caracterizam o estado do organismo em um momento dado.

Distingue-se o aparelho pela sua simplicidade de manêjo, grande sensibilidade e exatidão.

A reação de coagulação térmica é um bom auxiliar para o médico na investigação clínica dos enfermos, bem como para levar a termo medidas profiláticas, permitindo determinar a efetividade de um ou outro método de cura dos doentes cancerosos.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Movimento Cirúrgico

O movimento de intervenções cirúrgicas realizadas pelos operadores do Sanatório São Lucas durante o primeiro semestre de 1957 foi o seguinte:

M E S E S	PEQUENAS OPERAÇÕES	MÉDIAS OPERAÇÕES	GRANDES OPERAÇÕES	T O T A L
Janeiro	64	103	90	257
Fevereiro	35	84	45	164
Março	40	75	57	172
Abril	42	61	63	166
Maior	50	66	64	180
Junho	61	64	72	197
TOTAL	292	453	391	1.136